

# 問診票

とばり手の外科・整形外科

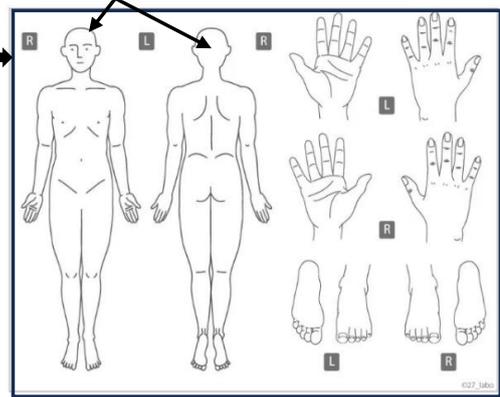
フリガナ	(生年月日) 昭・平・令 年 月 日		
氏名	男 ・ 女	年齢	歳
ご住所 〒 -	電話番号	(自宅)	
		(携帯)	
	紹介状	あり ・ なし	

- マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ ( はい ・ いいえ )
- 1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？ ( はい ・ いいえ )
- ※マイナ保険証による診療情報取得に同意された方は記載不要  
『はい』の方・・・受診時期( 年 月)指摘事項( )

**1. 本日の症状についてお聞きします。**

- ・症状がある場所に○をつけてください。 ( から)
- ・いつ頃からですか？ ( から)
- ・どのような症状ですか？  
痛み しびれ 腫れ 動かない  
その他 ( )
- ・原因は何ですか？○をつけてください。  
特に原因なし 交通事故 仕事中のケガ  
通勤中のケガ 学校でのケガ 転んだ  
切った その他 ( )

※顔、頭は診察できません。



**2. 現在、他の医療機関に通院していますか？ ( はい ・ いいえ )**

『はい』の方・・・医療機関名 ( )  
病名 ( )

**3. 今までかかった病気、または現在治療中の病気に○をつけてください。**

高血圧 糖尿病 喘息 胃潰瘍 心臓病 腎臓病 肝臓病  
リウマチ 痛風 脳梗塞 その他 ( )

**4. 現在、何かお薬を飲んでいますか？ ( はい ・ いいえ )**

お薬手帳をお持ちでない方 (お薬の名前: )

**5 お薬や食物でアレルギーはありますか？ ( はい ・ いいえ )**

『はい』の方・・・お薬の名前 ( )  
食べ物の名前 ( )

**6. 女性の方にお尋ねします。**

- ・現在、妊娠中ですか？ ( はい 【 】週目 ・ いいえ )
- ・授乳中ですか？ ( はい ・ いいえ )

**7. 飲酒、喫煙についてお尋ねします。**

- ・飲酒・・・飲まない ・ 飲む ( 週【 】日 、 量【 】ml)
- ・喫煙・・・吸わない ・ 吸う ( 【 】本/日) ・ 禁煙した

**8. 当院はどのようにして知りましたか？○をつけてください。**

自宅/職場が近く インターネット 看板 家族/知人のご紹介  
医療機関のご紹介 バスの音声広告 電柱広告 その他 ( )